



Autorización y Consentimiento

Lea por favor este formulario con cuidado. Usted será preguntado firmar una versión en inglés a la hora de la cirugía.

A: Nombre del paciente: _____

Operación o Procedimiento: _____

El médico que realizara su procedimiento es _____ MD.

El centro del procedimiento, Summit Surgery Center, mantiene personales e instalaciones para asistir a los médicos del paciente y cirujanos en su funcionamiento de varias operaciones quirúrgicas y de otros procedimientos especiales, diagnósticos o terapéuticos. Estas operaciones y procedimientos pueden implicar riesgos o resultados de fracaso, complicaciones, lesiones o aún muerte, de causas sabidas e imprevistas, y da ninguna garantía de un buen resultado o de curación.

Usted tiene el derecho de ser informado de tales riesgos así como las características de la operación o del procedimiento: los métodos de tratamiento y sus riesgos, de las alternativas, y ventajas/beneficios. A menos de un caso de emergencia, las operaciones o los procedimientos no serán realizados hasta que usted haya tenido la oportunidad de recibir esta información y dado su consentimiento. Usted tiene el derecho de consentir o de rechazar cualquier operación o procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su desempeño. _____ **(iniciales)**

El médico y el cirujano del paciente han recomendado el conjunto de operaciones o los procedimientos dispuestos abajo. Junto con cualquier procedimiento diferente o adicional, que puedan ser indicados debido a cualquier emergencia, éstos serán realizados por el médico o el cirujano nombrado arriba, sobre su autorización y consentimiento.

En caso de cualquier emergencia que causa la inhabilidad de terminar el procedimiento para el médico o el cirujano, pueden asignar responsabilidades señaladas a un médico o a un cirujano sustituto calificado en el centro de procedimiento, Summit Surgery Center.

Las personas allí, se encuentran para el propósito de realizar los servicios médicos especializados tales como anestesia, radiología, o patología no son agentes, sirvientes, ni empleados del centro del procedimiento, Summit Surgery Center, pero son contratistas independientes. Todos sus médicos están actuando como sus agentes. Otros individuos que proporcionan el apoyo técnico pueden estar presentes a la petición del médico o del cirujano. Usted, el paciente, tiene el derecho de pedir que los individuos que proporcionan el apoyo técnico, que no estén presentes durante la operación o el procedimiento.

La anestesia implica el uso de la medicación. Personas diferentes reaccionan en formas distintas a la medicación, y el estado de su salud física influye la acción de la medicina. Mientras que todas las precauciones posibles serán tomadas, reacciones imprevistas podrían ocurrir. En firmar este acuerdo usted verifica su comprensión y aceptación del hecho que ciertos peligros y riesgos son inherentes en cualquier procedimiento anestésico. También usted verifica su comprensión que después de recibir anestesia, puede tener náusea, vomitar, el dolor de cabeza, la flebitis, garganta adolorida con la hinchazón laríngea y traqueal, lesiones dentales, anomalías más graves del corazón, pulmones o desordenes del nervio y/o del músculo así como otros problemas. Cualquier procedimiento anestésico (incluido, pero no limitado a la sedación general, local, consciente, cuidado de la anestesia, espinal supervisado, y epidural) puede causar complicaciones, incluido muerte.

El patólogo presente está autorizado a utilizar su discreción a deshacer de cualquier espécimen, órgano, o de otro tejido quitado del paciente durante la(s) operación(es) o el(l)os procedimiento(s) dispuesto abajo.

El médico y/o el cirujano presente están autorizados a sacar fotografías o grabar (en video) a usted, el paciente, para propósitos médicos, mientras que usted está de bajo el cuidado de la institución.

Su firma abajo constituye su reconocimiento (1) que usted ha leído y está de acuerdo con lo anteriormente dicho; (2) que la operación o el procedimiento dispuesto abajo ha sido explicado adecuadamente a usted por el médico o el cirujano nombrado arriba y que usted ha recibido toda la información que usted desea con respecto a la operación o procedimiento; (3) que usted autoriza y consiente el funcionamiento de la operación o del procedimiento así como la administración de la anestesia; y (4) usted recibió una copia de esta autorización.

Firma: (Paciente/Padre/Conservator/Garante)

Fecha

Hora

Firma de Testigo (Otro que el Paciente)

Relación al Paciente